



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Institutionen för
vårdvetenskap

Anna Eliasson & Louise Höglund

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT 2016

Kandidatexamen

Handledare: Caroline Krook

Examinator: Pardis Momeni

Hur patienter med psykisk sjukdom upplever att bli vårdad i den somatiska vården

En litteraturöversikt

How patients with mental illness experience being cared for in the somatic care

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** I den somatiska vården finns det patienter med psykiska sjukdomar. De vanligaste psykiska sjukdomarna är schizofreni, psykos, depression, ångestsyndrom och bipolära sjukdomar. Behovet av somatisk vård är större för patienter med psykiska sjukdomar än de utan, på grund av ökad risk för somatiska sjukdomar. Patienter upplevde att vardagslivet påverkas av de psykiska sjukdomarna. Vårdpersonal upplevde en osäkerhet och rädsla inför denna patientgrupp.
- Syfte:** Att beskriva hur patienter med psykisk sjukdom upplever att bli vårdad i den somatiska vården.
- Metod:** Litteraturoversikten baserades på 13 vetenskapliga artiklar. Dessa artiklar hämtades från CINAHL Complete och Pubmed. De huvudsakliga sökorden bestod av: mental illness, mental health, healthcare experience, patients' experience, physical illness, primary care, communication och physical care.
- Resultat:** Fyra teman utformades i resultatet. Ett tema var *upplevelser av att bli stämplad av sjukvården* på grund av den psykiska sjukdomen och det gjorde att patienterna kände sig bortprioriterade. När de kände sig stämplade upplevde de *känslor av skam och maktlöshet*. Ett tema var *upplevelser att inte bli trodd* som handlade om att fysiska symtom inte blir tagna på allvar. Det tredje temat var hur *upplevelser om bristande kunskap hos vårdpersonal* om psykiska sjukdomar påverkade vården. Detta upplevde patienter ledde till *brist på information och delaktighet*. *Positiva erfarenheter och önskemål* var det sista temat som visades i form av upplevelser av en personcentrerad vård, då vårdpersonal visade empati.
- Diskussion:** Valda delar i resultatet diskuterades utifrån Katie Erikssons teori om att lindra lidande. Centrala begrepp inom teorin som användes var vårdlidande och konsensusbegreppet människan.
- Nyckelord:** Psykiska sjukdomar, patienters upplevelser, somatisk vård

Abstract

Background: In the somatic care, there are patients with mental illnesses. The most common mental illnesses are schizophrenia, psychoses, depression, anxiety disorders and bipolar disorders. The need for somatic care is bigger for patients with mental illnesses than those without, because of an increased risk of getting a somatic disease. Patients were experiencing that their daily life was affected by the mental illness. Healthcare professionals experienced uncertainty and fear of treating these patients.

Aim: To describe how patients with mental illness are experiencing to be cared in the somatic care.

Method: The literature review consisted of 13 scientific articles. These articles were found in the databases CINAHL Complete and PubMed. Main search words consisted of: mental illness, mental health, healthcare experience, patients experience, physical illness, primary care, communication and physical care.

Results: Four themes were formed in the result. One theme was *the experience of being labeled* because of the mental illnesses and that made the patients feel not prioritized. When they felt labeled, they experienced *feelings of shame and powerlessness*. One theme was *the experiences of not being believed* and included patients experience that symptoms were not taken seriously. The third theme was how *the experience of a lack of knowledge* among health professionals about mental illnesses affected the care. Patients experienced that it led to *lack of information and participation*. *Positive experiences and desires* were the last theme that appeared in form of experiences of a person centred care, when health professionals showed empathy.

Discussion: Based on Katie Eriksson's theory about relieving suffering, chosen parts from the results were discussed. The key concepts in the theory that were used were care suffering and the consensus concept human.

Keywords: Mental illness, patient's experiences, somatic care

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 DE VANLIGASTE FÖREKOMMANDE PSYKISKA SJUKDOMARNA SOM FÖREMÅL FÖR DENNA LITTERATURÖVERSIKT	1
2.2 PERSONERS UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED PSYKISK SJUKDOM.....	3
2.3 BEHOVET AV SOMATISK VÅRD HOS PERSONER MED PSYKISKA SJUKDOMAR.....	3
2.4 SJKSKÖTERSORS OMVÅRDNADSARBETE MED PATIENTER MED PSYKISKA SJUKDOMAR	4
3. PROBLEMFÖRMULERING	5
4. SYFTE	5
6.1 DATAINSAMLING	7
6.2 URVAL	7
6.3 ANALYS	8
7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
8. RESULTAT	9
8.1 UPPLEVELSER AV ATT BLI STÄMPLAD AV SJUKVÅRDEN	9
8.1.1 <i>Känslor av skam och maktlöshet</i>	10
8.2 UPPLEVELSER AV ATT INTE BLI TRODD	10
8.3 UPPLEVELSER AV BRISTANDE KUNSKAP HOS VÅRDPERSONALEN.....	11
8.3.1 <i>Brist på information och delaktighet</i>	12
8.4 POSITIVA ERFARENHETER OCH ÖNSKEMÅL KRING VÅRD	12
9. DISKUSSION	13
9.1 METODDISKUSSION.....	13
9.2 RESULTATDISKUSSION	14
10. KLINISKA IMPLIKATIONER	19
11. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	19
12. SLUTSATS	19
REFERENSFÖRTECKNING	21
BILAGA 1. SÖKMATRIS	25
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	26

1. Inledning

Idén till litteraturöversikten växte fram genom händelser som vi varit med om inom den somatiska vården. Vi har uppmärksammat att i somatiska vårdsammanhang har patienter med psykisk sjukdom vårdats annorlunda till skillnad från patienter utan psykisk sjukdom. De samtalen som vårdpersonal hade med patienterna upplevdes kortare och vårdpersonalen visade en osäkerhet kring hur de skulle kommunicera med dessa patienter. Det verkade även som att det fanns en rädsla för patientgruppen hos vårdpersonalen. De psykiska sjukdomarna depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna i Sverige, ungefär 36 procent av alla kvinnor och 23 procent av alla män kommer någon gång behandlas för depression (Socialstyrelsen, 2013). Cirka 25 procent av befolkningen kommer någon gång drabbas av ångestsyndrom.

Vi har funderat kring om patienter med psykisk sjukdom märker det som uppmärksammat på flera vårdavdelningar och hur de har upplevt det. Dessa patienter kan förekomma i alla vårdkontexter och inte enbart inom den psykiatriska vården. Vi ville få mer kunskap om hur patienter med psykisk sjukdom upplever den somatiska vården. Med denna kunskap kan sjuksköterskor förstå och vårda de här patienterna med mindre osäkerhet och ge god omvårdnad på lika villkor.

2. Bakgrund

2.1 De vanligaste förekommande psykiska sjukdomarna som föremål för denna litteraturöversikt

Det finns flera olika psykiska sjukdomar och det som kategoriserar sjukdomarna är ofta kombinationen av onormala tankar, känslor, uppfattningar och avvikande beteende (World Health Organization, 2016). Några av de vanligaste psykiska sjukdomarna är schizofreni, psykoser, bipolära sjukdomar, depression och ångestsyndrom. Dessa sjukdomar är allvarliga sjukdomstillstånd som kräver en adekvat behandling för att minska risken för försämring och återinsjuknande (Socialstyrelsen, 2010).

Orsaken till att en person drabbas av en psykisk sjukdom beror oftast på ett samspel mellan olika faktorer enligt Levander, Adler, Gefvert och Tuninger (2008). Psykiska sjukdomar är till viss del ärftliga men även kroppsliga faktorer som trauma och infektioner kan leda till en psykisk sjukdom. Att drabbas av förluster, motgångar, sorger samt hamna i konflikter kan öka risken för att få en psykisk sjukdom. Även grupptillhörighet, ekonomisk status och kultur kan

påverka. För att diagnostisera psykiska sjukdomar används bland annat ett internationellt diagnosystem som heter International Classification of Diseases (ICD) enligt Socialstyrelsen, (2013). Varje diagnos har egna kriterier utifrån de symtom som sjukdomen har. Vid till exempel schizofreni bygger kriterierna på hörselhallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Det finns även ett likartat system som heter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Depression är ett sjukdomstillstånd med symtom som nedstämdhet, ångest, trötthet, dålig självkänsla, aggression, sömnproblematik (Skärsäter, 2009). Även känslor som hopplöshet och likgiltighet till livet. Depressionen tar ett förlamande grepp om livet och saker som tidigare varit självklara kan upplevas omöjliga. Det kan bli svårt att arbeta, sköta hygien och att kliva upp ur sängen.

Diagnosen schizofreni är den vanligaste psykosjukdomen enligt Levander et al. (2008). Symtomen för sjukdomen är vanföreställningar, hallucinationer och tankestörningar. Schizofreni innebär en långvarig behandling med medicinering, familjeterapi, boendestöd och rehabilitering (Ottosson & Ottosson, 2010). I den akuta fasen är det omkring en av tio som begår självmord och det är därför viktigt att de får vård i tid. En femtedel av de som får diagnosen blir efter en tid symptomfria. Med regelbundet stöd får personer med schizofreni hjälp att arbeta och integrera med andra människor i samhället.

Bipolär sjukdom är en kronisk sjukdom som karakteriseras av episoder med mani och depression (Socialstyrelsen, 2010). Mellan episoderna förekommer perioder utan några symtom alls. Under maniska episoder förekommer en förhöjd grundstämning där personen betar sig uppskruvat (Glant, 2013). Personen tappar taget om verkligheten och betar sig psykotiskt. Sjukdomen debuterar ofta i tidigt tonår och påverkar utvecklingsprocessen vad gäller skolgång och sociala förmågor. Det är därför viktigt att upptäcka sjukdomen i tid och behandla.

Ångestsyndrom är ett samlingsnamn för flera ångestsjukdomar som bland annat panikångest, tvångssyndrom och social fobi (Socialstyrelsen, 2010). Ångestsyndrom bygger på känslor av ångslan och oro enligt Glant (2013). Panikångest är när ångesten kommer utan förvarning och personen som drabbas av attacken kan uppleva att det till exempel känns som en hjärtinfarkt. Tvångssyndrom är situationer när personen till exempel måste upprepa handlingar flera gånger som att rycka i handtaget flera gånger. Fobier är när personen får ångest i en viss situation som till exempel att tycka det är jobbigt att vara i en hiss med andra människor.

2.2 Personers upplevelser av att leva med psykisk sjukdom

I Norge gjordes en studie (Rise et al., 2014) där personer med psykisk sjukdom intervjuades angående hur de anpassar sig till vardagen. Även om de hade några strategier för att hantera symtomen. För att minska ångest, hallucinationer och vanföreställningar var distraktion någonting som fungerade. De distraherade sig med tv-spel, dataspel, träning, läsa böcker och genom att arbeta. Dessa strategier syftade även till att minska stimuli från andra människor och att få vara ensam och bara ta det lugnt och vara i en tyst miljö. Deltagarna berättade att en rutinbunden vardag var viktigt för att hålla symtomen i balans och för att kunna sköta vardagen. Rutinerna gällde sömn, vila, mattider, motion och det sociala livet. De undvek att konsumera alkohol, droger och stora mängder tobak. Att prata med andra människor var en viktig faktor för att få en känsla av stabilitet i livet. Interaktionen med andra människor minskade symtomen men det var även viktigt att få tid för sig själv när det behövdes.

Enligt Milbourne, Mcnamara och Buchanan (2015) upplevde personer med psykisk sjukdom att de efter diagnostisering hamnade i ett system med behandlingar, läkarbesök, hembesök och medicinering. Deltagarna i studien upplevde att deras dagar redan var planerade av andra och att de hade liten möjlighet till inflytande. De hade en önskan att andra skulle se dem som mer än bara en diagnos och menade att diagnosen gjorde dem sjuka i diagnostisk mening men inte som person. Personer ville inte att deras identitet skulle kopplas ihop med deras psykiska sjukdom eller att vara en patient. I Rise et al. (2014) kvalitativa studie framkom att det var viktigt för deltagarna att göra normala saker och att känna sig som andra utan diagnos. Det var viktigt för personerna att inte identifiera sig med diagnosen och att leva ett normalt liv. Att jobba och studera associerades till att ha ett gott och normalt liv. Flera av deltagarna hade utbildning som ett mål i livet men de uttryckte att det var svårt att uppfylla det på grund av deras sjukdom. Svårigheterna med att behålla ett jobb och få det att fungera i vardagen och i relation till sjukdomen var ett återkommande problem. Deltagarna i studien uttryckte att det var svårt att gå till jobbet och behålla det vardagliga livet under perioder med mycket ångest och nedstämdhet.

2.3 Behovet av somatisk vård hos personer med psykiska sjukdomar

Personer med psykisk sjukdom har en större risk att utveckla somatiska sjukdomar, framförallt personer med psykossjukdomar (Oud & Meyboom-de Jong, 2009). En studie i Kanada (Bresee, Majumdar, Patten & Johnson, 2012) visade att hjärtsjukdom är 27 procent vanligare bland personer med schizofreni än de utan diagnosen. Resultatet av studien visade

att personer med schizofreni besökte vården mer frekvent än andra. Även personer med övriga psykiska sjukdomar besökte primärvården mer frekvent än personer utan diagnos (Swildens, Termorschuizen, de Ridder, Smeets & Engelhard, 2015).

Den mentala hälsan och psykiska stressen som diagnosen för med sig, kombinerat med osund livsstil och medicinering kan medföra fysisk sjukdom enligt Oud och Meyboom-de Jong (2009). Statistik visar att personer med psykisk sjukdom som schizofreni, bipolär sjukdom och psykos sjukdom i genomsnitt dör 15 år tidigare än personer utan (Swildens et al, 2015).

Somatiska sjukdomar som personer med psykisk sjukdom löper ökad risk för att drabbas av är diabetes mellitus, metabolt syndrom, hjärtsjukdomar och cancer (De Hert et al., 2011). För personer med schizofreni och bipolär sjukdom är risken för diabetes två till tre gånger så stor än för resterande population och för personer med depression är risken en till två gånger så stor. Psykisk sjukdom ökar risken med 25 procent för fetma på grund av dåliga matvanor, låg fysisk aktivitet, alkoholvanor och medicinering enligt Simon et al. (2006). Fetma kan i sin tur oraska olika sjukdomar som diabetes mellitus, hjärtsjukdom och cancer.

Flera studier har visat samband mellan antipsykotiska läkemedel, fetma och insulinresistens (Corell, Kane & Manu, 2010; Manu et al., 2015; Pramyothin & Khaodhiar, 2015).

Antipsykotiska läkemedel används för att behandla schizofreni, bipolär sjukdom och psykossjukdomar.

2.4 Sjuksköterskors omvårdnadsarbete med patienter som har psykiska sjukdomar

Sjuksköterskan har ett ansvar att möta patienter på lika villkor och ansvarar för att den enskilde patienten får lämplig och tillräcklig information (International Council of Nurses, 2014). Sjuksköterskan ska även uppvisa respekt, medkänsla och lyhördhet i möten med patienter. Det goda mötet är viktigt mellan patienter med psykisk sjukdom och sjuksköterskor (Foldemo, 2014). Samspelet mellan sjuksköterskor och patienter bygger på en ömsesidig respekt för varandras kompetenser. Patienter bär på kunskap om sig själv och personalen bär på generell kunskap samt yrkesmässiga erfarenheter. Den hjälpande relationen mellan patienter och sjuksköterskor spelar roll för kvaliteten av vården enligt Johansson och Eklund (2003). Empati och förmågan att förstå patienters unika sätt att uttrycka sig är viktiga byggstenar i möten med patienter. Det är även viktigt att sjuksköterskor tar sig tid att låta patienter förklara sig. Ögonkontakt och riktad uppmärksamhet mot patienterna kan även det vara faktorer som påverkar patienters upplevelser av ett vård möte.

Enligt Björkman, Angelman och Jönsson (2008) ansåg sjuksköterskor att det är svårare att prata med patienter som har en psykisk sjukdom än patienter utan. Sjuksköterskornas negativa attityder handlade om att de trodde patienterna var farliga, oförutsägbara, obehagliga, svåra att jobba med samt att de var mer krävande än andra patienter. Av de 120 sjuksköterskor som var med i studien, var det 66 procent som upplevde att deras arbete involverade att vårda patienter med psykiska sjukdomar. Trots att vårdandet av psykiskt sjuka ingår i arbetet inom sjukvården anses det finns bristande kunskaper inom området enligt Sharrock och Happell (2006). Sjuksköterskorna i studien ansåg att den somatiska vården fokuserar på att vårda de fysiska besvären och upplevde att kunskapen om psykiska sjukdomar inte var tillräcklig. Detta påverkade kvaliteten på vården och sjuksköterskorna ansåg att de inte kunde ge patienter med psykiska sjukdomar den omvårdnad de behövde.

Beroende på vilken diagnos patienter med psykisk sjukdom har finns det några förhållningssätt som sjuksköterskor kan följa i mötet med patienter (Glant, 2013). Att lyssna på patienters åsikter och acceptera de känslor som upplevs är viktigt i mötet med patienter som har en psykisk diagnos. När det kommer till patienter som har psykossjukdom handlar det om att lugnt kunna förklara hur allting hänger ihop och förklara hur verkligheten ser ut. Vid depression rekommenderas sjuksköterskor att ge hopp och förklara att personen kommer bli frisk. Vid en manisk episod är det viktigt att begränsa till exempel stimuli samt att som sjuksköterska stå för lugnet och stabiliteten.

3. Problemformulering

Personer med psykiska sjukdomar har ett större behov av vård för fysiska besvär än personer utan psykisk sjukdom. De har en större risk att drabbas av vissa somatiska sjukdomar och det gör att det finns ett större behov till att söka vård. Inom den somatiska vården förekommer en viss osäkerhet hos sjuksköterskor angående patienter med psykiska sjukdomar. Det förekommer även förutfattade meningar som att patienterna är farliga och att de upplevs vara svåra att vårda. Detta kan påverka vården negativt genom att patienterna inte erhåller vård för problemen de sökt vård för. Vår förhoppning med litteraturöversikten är att den kan bidra till en bättre förståelse om denna patientgrupps behov när de söker vård för fysiska besvär.

4. Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter med psykisk sjukdom upplever att bli vårdad i den somatiska vården.

5. Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska referensramen som användes var Erikssons teori om den lidande människan (Eriksson, 1994). Det konsensusbegrepp som valdes var människan som har en betydelse för den vårdande processen. Eriksson beskriver människan som en omätbar enhet av kropp, själ och ande som ständigt är i en kamp för sitt liv och sin hälsa. Teorin handlar även om att den lidande människan ska ses som en hel individ i förhållande till människans livssituation. En människa ska inte delas upp i olika delar, utan ska ses som en enhet. Detta ska göra förutsättningarna för vården större och även bekräfta människors värdighet.

Lidandet är någonting som är unikt och upplevs olika för alla människor (Eriksson, 1994). Lidandet kan relateras till både kroppen och själen. Eriksson beskriver lidandet som ett dramaspel där människan dramatiserar ett lidande. För att beskriva lidandets drama finns det tre akter. Den första är att bekräfta den lidande personens upplevelser och genom detta skapa utrymme och möjlighet att lindra lidandet. Om inte lidandet bekräftas finns risken att patienten ger upp eller känner hopplöshet. Den andra akten innebär att leva i lidandet och ge tid för att lida. Tredje akten innebär att personen försonas med lidandet och en ny helhet tar form, där personen upplever frihet.

Det är en stor utmaning för patienter att blotta sitt lidande och som sjuksköterska är det då viktigt att vara beredd att bekräfta lidandet (Eriksson, 1994). Bekräftelse från sjuksköterskan kan lindra lidandet genom att förmedla hopp, uppmuntra, trösta samt att finnas där för patienten. Det involverar även ärliga samtal där patienter upplever att de blir respekterade och får god vård. Om sjuksköterskan inte kan se eller bedöma vad patienten behöver kan det leda till ett vårdlidande. Vårdlidandet kan enligt Eriksson delas upp i fyra olika kategorier. Den första är kränkning av patientens värdighet och detta kan ske genom nonchalans gentemot patienten. Den andra är maktutövning och det är när patienten tvingas göra en handling mot sin vilja eller en handling som personen inte är kapabel till att göra. Den tredje är fördömelse och straff och kan ske genom att inte ge patienten en omsorgsfull vård. Den sista kategorin handlar om utebliven vård där patientens behov inte uppmärksammas eller åtgärdats. Brist på kunskap och reflektion från sjuksköterskan kan bland annat vara orsaken till uppkomsten av vårdlidande. Det finns även en uppfattning om en ideal patient och de patienter som faller utanför idealet kan uppleva en känsla av fördömelse. Genom att ge varje patient individuell vård bekräftas patientens värdighet. Det innebär inte att det sker en orättvis vård utan att sjuksköterskan vågar vara olika i mötet med patienter.

6. Metod

För att besvara syftet gjordes en litteraturoversikt. En litteraturoversikt handlar om att få en uppfattning om befintlig forskning och skapa en översikt för att beskriva ett område (Friberg, 2012). Detta görs genom att sammanställa tidigare publicerade forskningsresultat. Innan syftet och problemformuleringen tog form skedde en litteraturgenomgång för att undersöka om det fanns tillräckligt med tidigare forskning inom det valda området. När det sedan visades att det fanns tillräckligt med forskning hamnade fokus på att hitta vetenskapliga artiklar som svarade på syftet. För studiens resultat användes tolv kvalitativa vetenskapliga artiklar och en kvantitativ vetenskaplig artikel (se bilaga 2).

6.1 Datainsamling

Databaserna Pubmed och CINAHL Complete användes för att söka efter artiklar inom det valda området. De sökord som användes var: *mental illness, severe mental illness, mental disorders, mental health, primary healthcare, treatment, experienced, healthcare experience, patients experience, patients perspective, health professionals, patients attitudes, barriers, physical illness, primary care, communication, nurse-patient relation and physical care* (se bilaga 1). Dessa sökord användes för att få fram ett sökresultat så nära syftet som möjligt. I varje sökning användes *mental illness, mental disorders, mental health* eller *severe mental illness* tillsammans med något eller några av de övriga orden. Detta med anledning till att det finns olika benämningar på psykiska sjukdomar på engelska. En studie hittades även genom en manuellsökning. Utifrån referenslistan i Ye, Chen, Paul, McCahon, Shankar, Rosen och O'Reilly (2016) hittades den vetenskapliga artikeln González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas och Guimon (2007).

6.2 Urval

De begränsningar som gjordes var att de vetenskapliga artiklarna skulle vara i full text, peer reviewed eller reviewed och på engelska. Studierna begränsades även till att de skulle vara publicerade mellan tidsperioden 2005–2016 för att få en aktuell forskning. För att få en helhetsbild på studierna i databasernas sökresultat lästes abstrakt med ett kritiskt perspektiv, detta för att inte bedöma artikeln efter titel (Friberg, 2012). Abstrakt som inte svarade på syftet gallrades bort och de andra studierna lästes i sin helhet. Totalt lästes 142 abstrakt och 29 hela studier. Studierna som var relevanta för ämnet kvalitetsgranskades för att besluta om

de skulle inkluderas i litteraturöversikten. Studierna granskades efter om det fanns ett tydligt formulerat syfte och metod, om den är kvalitativ eller kvantitativ, om den är etiskt granskad, hur data analyserats, vad resultatet visade och hur författarna tolkat resultatet. Genom att granska på detta sätt kunde författarna ta ställning till studiens kvalitet.

6.3 Analys

Författarna läste alla vetenskapliga artiklar på var sitt håll och antecknade patienters upplevelser av vården för att kunna svara på syftet. Efter detta träffades författarna och jämförde varandras anteckningar och tolkningar av artiklarna. Detta med anledning för att minska risken för feltolkningar. Sedan lästes alla artiklar igen tillsammans och en sammanfattning av varje artikels resultat utformades. Sammanfattningarna innehöll patienternas upplevelser om vården. Patienternas upplevelser grupperades efter likheter och skillnader för att sedan sorteras under rubriker. Fyra rubriker användes och varje rubrik innehöll flera av patienternas upplevelser som liknade varandra. Genom att kategorisera upplevelserna under tillfälliga rubriker kunde författarna utforma fyra olika teman och två subteman. Författarna använde Fribergs (2012) analysmodell som underlag vid analysarbetet.

7. Forskningsetiska överväganden

I en litteraturöversikt tillämpas forskningsetiken som handlar om att reflektera över momenten i arbetet samt värna människors rättigheter och värden under processen (Sandman & Kjellström, 2013). Enligt Friberg (2012) ska studiers kvalitet granskas och detta innebär en kontroll av etiska övervägande, godkännande samt krav på strukturen i den vetenskapliga artikeln. De vetenskapliga artiklarna som författarna använde till denna litteraturöversikt är alla etiskt granskade. Alla artiklarna var även godkända av en etisk kommitté. Det betyder bland annat att deltagarna i studierna inte kommit till skada, att studien var frivillig och att de hade möjlighet att lämna studien när som helst. Författarna har noggrant bearbetat de valda artiklarna och kritiskt granskat dem och försökt att lägga förförståelse åt sidan. Båda författarna har yrkesmässig erfarenhet och därför en viss förförståelse om området. Författarna kommer även att ha hänsyn till att misstolkningar kan ske vid analys av artiklar. Misstolkningar kan ske till exempel vid bristande kunskaper i det engelska språket.

8. Resultat

I studiernas resultat hittades olika upplevelser från patienter med psykiska sjukdomar. Utifrån dessa upplevelser utformades fyra teman. Det första temat var *upplevelser av att bli stämplad* med subtemat *känslor av skam och maktlöshet*. Andra temat handlade om *upplevelser av att inte bli trodd* av vårdpersonalen. Tredje temat var *upplevelser av bristande kunskap hos vårdpersonalen* med subtemat *brist på information och delaktighet*. *Positiva erfarenheter och önskemål kring vård och bemötande* var det fjärde temat.

8.1 Upplevelser av att bli stämplad av sjukvården

Patienter upplevde att de blev stämplade av vårdpersonal på grund av sin psykiska sjukdom (Roberge et al., 2016; Clarke, Dusome & Hughes, 2007; Morgan, Reavley, Jorm & Beatson., 2016; Gonzalez-Torres, Oraa, Aristegui, Fernández-Rivas & Guimon, 2007; Ross et al., 2015; Ye et al., 2016). Upplevelsen av att bli stämplad sågs som att bli dömd av vårdpersonalen som psykiskt sjuka trots att de sökt vård för fysiska besvär. Patienter upplevde att det var problematiskt att ta sig ifrån dömandet och stämplingen samt att de kände sig bortprioriterade av vårdpersonalen. Upplevelsen av att bli dömd förekom när vårdpersonal tilltalade patienten på ett annat sätt än de gjorde med andra patienter (Kaufman, McDonell, Cristofalo & Ries, 2012; Clarke et al., 2007; O'Driscoll et al., 2014). Patienter upplevde att de blev tilltalade som om de var mindre begåvade eller som att vårdpersonalen talade till ett barn (Morgan et al., 2016; Ye et al., 2016). Patienter upplevde att vårdpersonalen kommenterade att symtomen var påhittade för att de ville få uppmärksamhet eller att de ville ha droger. Patienter fick frågor från vårdpersonal om hur det är möjligt att ha en psykisk sjukdom och samtidigt vara smart (Morgan et al., 2016). Detta gjorde att patienterna upplevde sig dömda och de ansåg att detta var på grund av deras psykiska sjukdomstillstånd. Patienter med ångest och depression upplevde att ångesten blev värre när de upplevde att de blev dömda (Roberge et al., 2016). När ångesten förvärrades upplevde patienterna att det blev svårare att förklara sina symtom och kunna vara delaktiga i sin vård.

Tidigare upplevelser av att bli dömd av de psykiska sjukdomarna gjorde att patienter valde att inte berätta om sina psykiska sjukdomar för vårdpersonalen (Ye et al., 2016; Morgan et al., 2016). Patienterna beskrev en rädsla för att bli dömd och inte få den vård de behöver om det berättades om sina psykiska sjukdomar. Patienterna valde att inte berätta om de symtom som kunde kopplas till den psykiska sjukdomen (Ye et al., 2016). Detta på grund av rädslan att bli

stämplad och inte få den vården de behövde.

8.1.1 Känslor av skam och maktlöshet

När patienter upplevde att de blev dömda förekom känslor som skam och maktlöshet (Clarke et al., 2007; Birch, Lavender, & Cupitt, 2005). Patienterna uttryckte att de kände skam över sina psykiska sjukdomar och att de kände att de var en börda för vårdpersonalen. Patienter upplevde känslan som om de hade gjort någonting fel eller var kriminella för att de hade psykiska sjukdomar (Clarke et al., 2007). Skammen upplevdes som värst när patienterna hade blivit tagna till akuten av polisen eller när de blev vaktade av väktare under tiden de väntade på att få vård. De kände sig illa behandlade och att de inte var värda vårdpersonalens uppmärksamhet. Patienter upplevde även en känsla av maktlöshet och att de inte hade kontroll över situationen (Birch et al., 2005). Kvinnor som genomgått en abort upplevde både maktlöshet och skam över de psykiska sjukdomarna. Patienterna upplevde att deras kropp behandlades som ett fysiskt objekt utan några känslor. Maktlösheten av att inte veta vad som pågick med sin kropp vid undersökningar gjorde att de upplevde att deras identitet hotades. Detta ledde till att patienterna kände sig diskriminerade och kände sig nervärderade.

8.2 Upplevelser av att inte bli trodd

Patienter upplevde att vårdpersonalen inte trodde på de somatiska symtom som patienterna beskrev (McCabe & Leas, 2008; González-Torres et al., 2007; Morgan et al., 2016 & Kaufman et al., 2012; Ross et al., 2012; O'Driscoll et al., 2014; Schroeder, 2012). Även att deras symtom inte togs på allvar när de träffade vårdpersonal. Patienterna upplevde en känsla av övergivenhet och en känsla av att vara bortprioriterad när de sökte vård för fysiska besvär inom primärvården och akutvården. Patienterna fick vänta många timmar för att få vård och de ansåg att de behövde vänta längre än andra för att de hade psykiska sjukdomar. Patienterna upplevde att vårdpersonalen inte trodde på eller lyssnade när de berättade om sina symtom, eftersom att psykiatrisk personal tillkallades även om de hade sökt vård för fysiska besvär (Clarke et al., 2007; Morgan et al., 2016). Den långa väntan på vård gjorde att de upplevde en känsla av övergivenhet och att deras fysiska symtom blev bortprioriterad samt ignorerade. Känslan av övergivenhet gjorde att ångest och andra symtom som de psykiska sjukdomarna medförde blev värre, särskilt om det var mycket människor i väntrummet (Ross et al., 2015). Patienter upplevde problem i samtalet med vårdpersonal (Kaufman et al., 2012). Problemen innefattade olika missförstånd, språkbarriärer samt att det var svårt att kommunicera på grund

av de symtom som psykiska sjukdomar medför. Patienter upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade och visade inte heller någon respekt för de symtom som patienterna upplevde och förklarade. Bristen på respekt och upplevelsen av att vårdpersonal inte lyssnade gjorde att patienterna inte kände att de blev trodda. Patienterna hade svårt att förklara sina hälsoproblem och föredrog att inte gå ensamma på grund av rädslan att inte bli trodd (McCabe & Leas, 2008). När de hade en anhörig, assistent eller annat sällskap med upplevde patienterna att vårdpersonalen tilltalade dem istället för att prata direkt till patienterna (Morgan et al., 2016 & Clarke et al., 2007). De kände att vårdpersonalen inte kunde förstå deras situation eller det psykiska sjukdomstillståndet de hade (McCabe och Leas, 2008 & O'Discroll et al., 2014). De hade erfarenhet av att vårdpersonalen inte kunde relatera till deras problem eller att de inte kunde anpassa kommunikationen efter de behov och förutsättningar som patienten hade.

8.3 Upplevelser av bristande kunskap hos vårdpersonalen

Patienter upplevde att vårdpersonalens brist på kunskap om psykiska sjukdomar påverkade upplevelsen av att bli vårdad (Clarke et al., 2007; Ross et al., 2015; Morgan et al., 2016). Patienterna upplevde att vårdpersonal saknade kompetens för att kunna förstå de behov personer med psykisk sjukdom hade. Vårdpersonal upplevdes ha svårt att sätta sig in i patienternas situation och detta upplevde patienterna berodde på den bristande kunskapen. De upplevde att vårdpersonalen inte ansåg att det ingick i deras yrkesområde att ha kunskap om psykiska sjukdomar och uttryckte att de inte kunde hjälpa patienterna. Vårdpersonalen ville hjälpa patienterna men uttryckte att deras område var kroppen. Patienterna upplevde att när vårdpersonalen inte hade tillräckligt med kunskap om psykiska sjukdomar blev de bemötta med en dålig attityd, vilket i sin tur påverkade upplevelsen av vården. Patienterna menade att vårdpersonal behövde mer utbildning om psykiska sjukdomar. Kunskap om de symtom som förekommer och hur det är att leva med psykiska sjukdomar upplevde patienterna skulle höja kvaliteten på vården.

I flera studier upplevde patienterna att deras psykiska hälsa separerades från den fysiska hälsan på grund av bristande kunskap (McCabe & Leas, 2008; Ross et al., 2015; Clarke et al., 2007 & Roberge et al., 2016). I de flesta fall upplevdes detta som någonting negativt men i ett fåtal fall positivt. Patienterna ansåg att vårdpersonal delade upp det fysiska och det psykiska. De upplevde att separationen mellan dessa var farlig för deras vård och hälsa. Vårdpersonalen kunde inte möta patienterna som en enhet för att de antingen fokuserade på det psykiska eller det fysiska. De ville bli sedda som en hel människa där det fysiska inte separerades från det

psykiska.

En del av patienterna upplevde däremot att de ville separera det fysiska och psykiska för att de ansåg att de inte hade med varandra att göra (Roberge et al., 2016 & Ross et al., 2015). Patienterna hade en uppfattning om att man vid psykiska symtom ska vända sig till den psykiatriska vården och vid fysiska symtom ska man vända sig till den somatiska vården. De ville inte att den fysiska hälsan och psykiska hälsan skulle blandas ihop alls. Det framkom även i samma studier att en del patienter var nöjda med att vårdpersonalen såg helheten och önskade inte en separation.

8.3.1 Brist på information och delaktighet

Patienterna upplevde att de inte fick tillräckligt med information om diagnos och olika behandlingar gällande de somatiska sjukdomarna (Kaufman et al., 2012; McCabe & Leas, 2008; Lester, tajt, England & tritter, 2006; González-Torres et al., 2007 & Birch et al., 2005; O'Driscoll et al., 2014). Patienter upplevde att beslut om behandlingsmetoder togs utan att informera patienterna. Patienter upplevde att vårdpersonal gav ut läkemedel utan att ge någon förklaring, information eller andra alternativ till patienterna (Morgan et al., 2016). Det gjorde att patienterna blev osäkra och valde att inte ta läkemedlet med förklaringen att de inte visste vad läkemedlet skulle vara till. Patienterna kände sig inte heller delaktiga i sin vård när de inte fick information om sin vård (Lester et al., 2006; González-Torres et al., 2007; O'Driscoll et al., 2014). Detta gjorde att patienterna upplevde att vårdpersonalen pratade över huvudet på dem och ledde till att de kände att de inte hade någon kontroll över situationen. Patienterna upplevde även att bristen på delaktighet stärkte den negativa bilden av personer med psykiska sjukdomar som vårdpersonalen hade (Lester et al., 2006).

8.4 Positiva erfarenheter och önskemål kring vård

Patienter upplevde att en bra vårdare inte är dömande och ger en personcentrerad vård där vårdpersonalen visar empati och omsorg (Ross et al., 2015). Med personcentrerad vård menade patienterna att vårdpersonal kan se till hela patienten och inte enbart fokusera på de psykiska sjukdomarna. Relationen mellan patient och vårdpersonal upplevdes som bra när vårdpersonalen tog sig tid att få patienten att må bra och investerade tid i patientens hälsa (Schroeder, 2012). När vårdpersonal visade acceptans, ömhet och omsorg hjälpte det patienterna att hantera och förstå sjukdomstillstånden. Patienterna önskade bli sedda med värdighet och att deras lidande togs på allvar oavsett om det rörde sig om fysiska eller

psykiska symtom (Clarke et al., 2007).

Patienter upplevde att när vårdpersonalen aktivt lyssnade på patienten, blev vårdbesöket en positiv upplevelse (Morgan et al., 2016 & Clarke et al., 2007). Även när de kunde föra en diskussion om olika problem och att vårdpersonalen visade intresse för vad patienterna hade att säga. En viktig del för att kommunikationen skulle fungera var att patienterna ville känna sig respekterade och att personalen visade empati (Clarke et al., 2007; Griswold et al., 2008; Ross et al., 2015). Patienterna upplevde att anställa någon som har en psykisk sjukdom skulle höja kvaliteten på vården genom att öka förståelsen hos vårdpersonalen (Lester et al., 2006).

Patienter önskade en öppen diskussion kring behandling, där personalen förklarade noggrant och flera gånger (Schroeder, 2012; Griswold et al., 2008). Diskussionen skulle öka känslan av delaktighet och patienterna skulle känna att de var involverade i vården. Enligt patienterna behövde vårdpersonalen förstå att deras psykiska sjukdom gör att tankarna är på hundra ställen på en och samma gång (Griswold et al., 2008). Därför krävdes det upprepningar av information för att patienterna skulle känna att de medverkade i sin vård. Den noggranna informationen ansåg patienterna skulle vara användbar för att upplysa om sambandet mellan hälsa och den diagnos de har (McCabe & Leas, 2008). Informationen skulle göra att patienterna kunde undvika olika typer av sjukdomar och hitta egna vägar för att upprätthålla hälsa.

9. Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Metoden litteraturöversikt användes som anses vara en bra metod för att få en bred bild över kunskapsläget inom ett område (Friberg, 2012). En svaghet med metoden är att den bygger på tidigare forskning och ger därför marginellt med ny kunskap. Styrkan med litteraturöversikt är att den breda bilden av kunskapsläget gör att det blir tydligt att se vart det finns mer respektive mindre kunskap inom det valda området.

Författarna ansåg att det fanns ett begränsat antal artiklar som undersöker upplevelser från patienter med psykiska sjukdomar. Detta gjorde att begränsningar till olika länder uteslöts vid urvalsprocessen samt att det inte skulle beröra enbart sjuksköterskors arbete. Det var svårt att hitta forskning inom området som kom från Sverige vid sökningarna. Detta kan anses som en nackdel eftersom att vården kan skilja sig runt om i världen. Det kan även ge en större bredd att använda studier från olika länder. Synen på personer med psykisk sjukdom kan till exempel skilja sig beroende på kultur och traditioner och på grund av detta kan även vården

se annorlunda ut. Begränsningen fulltext kan göra att vetenskapliga artiklar som innehåller väsentlig information försvinner. Dock användes begränsningen för att få lättare tillgång till artiklar. Det gjordes även en tidsbegränsning där artiklar inte skulle vara publicerade före 2005 för att få bort äldre forskning och använda ny forskning. Styrkan med att ha tidsbegränsning är att tidigare forskning som kan anses vara inaktuell inom vården inte används till resultatet. Svagheter kan vara att det blir ett bortfall av användbar forskning. De sökord som användes valdes genom en genomgång av tidigare forskning. Detta gjordes för att komma nära syftet och beröra utifrån ett patientperspektiv.

Av de artiklar som lästes valdes flera bort på grund av att de inte svarade på syftet eller att kvaliteten inte ansågs tillräcklig enligt författarna. Artiklar som till exempel inte hade en tydligt beskriven metod valdes bort. Syftet i litteraturöversikten handlade om patienter med psykiska sjukdomar och deras upplevelser och därför användes det fler kvalitativa artiklar. Med kvalitativa studier har deltagarna en chans att uttrycka sig fritt om sina upplevelser och känslor enligt Segesten (2012). Målet med kvalitativ forskning är att skapa förståelse för människor och deras livssituation. Detta ger en djupare förståelse för det valda fenomenet som involverar människors förväntningar, upplevelser, behov och erfarenheter. Kvantitativ forskning syftar till att hitta samband mellan olika variabler där resultatet är mätbart (Dahlborg Lyckhage, 2012). Författarna valde att använda sig av en kvantitativ studie till resultatet. Även om tanken var att litteratursökningen skulle innehålla endast kvalitativa artiklar eftersom syftet handlar om upplevelser. Den kvantitativa artikeln medförde statistik och upplevelser som kunde svara på syftet och styrka de kvalitativa artiklarna. Alla artiklar som användes var skrivna på engelska, detta ökade risken för feltolkningar då de inte översattes ordagrant av författarna (Segesten, 2012). Trovärdigheten ökade för att författarna läste var för sig och sedan jämförde varandras tolkningar av artiklarna samt användes ordbok. Detta gjorde att risken för misstolkningar minskades.

Det var svårt för författarna att särskilja patienternas upplevelser, då upplevelserna influerade varandra. Författarna fick ändra benämningar och innehåll på teman i resultatet flera gånger för att kunna särskilja dem. Artiklarna lästes flera gånger för att vara så textnära som möjligt och fånga patienternas upplevelser.

9.2 Resultatdiskussion

Resultatet har fyra huvudteman som beskriver hur patienter med psykisk sjukdom upplever att bli vårdad inom somatisk vård. Dessa teman diskuterades med teorin om att lindra lidande (Eriksson, 1994), konsensus begreppet människan och vetenskapliga artiklar.

I resultatet framkom patienters upplevelser av att inte bli trodd eller tagna på allvar av vårdpersonal. Detta ledde till negativa upplevelser av vården. Patienterna i resultatet upplevde även att de inte var värda att bli vårdade och att de inte hade lika mycket rätt till vården som andra. När patienterna blottade sitt lidande upplevde de att vårdpersonalen inte bekräftade deras lidande. Känslan av att vårdpersonalen inte trodde på deras lidande gjorde att ett nytt lidande tog form. Det nya lidandet bestod av övergivenhet, bortprioritering och förvärrade symtom som till exempel ångest. Enligt Eriksson (1994) kan detta förstås som en faktor till att det uppstår ett onödigt lidande i form av vårdlidande. En kategori i vårdlidande är utebliven vård som kan bero på bristande kunskap och oförmåga att se och bedöma de behov som patienterna har. Bristande kunskap och oförmåga att kunna sätta sig in i patienternas situation kan enligt författarna kränka patienternas värdighet. Det har framkommit i andra studier att patienter upplever det svårt att bli trodda av vårdpersonal samt svårigheter att bli sedd som en riktig människa med verkliga symtom (Eriksen, Sundfor, Karlsson, Råholm & Arman, 2012; Nash, 2014).

Det framkommer i resultatet att patienterna upplevde att de var tidskrävande och hypokondriker när de sökte vård. Känslorna uppstod när vårdpersonal inte trodde på de symtomen som patienterna berättade om. Vården upplevdes av patienterna som bristfällig när vårdpersonalen inte kunde sätta sig in i deras situation. Detta kan leda till att patienterna känner sig kränkta och förnedrade enligt Eriksson (1994). Att inte kunna se människan och ge plats är enligt Eriksson en kränkning av patientens värdighet som kan leda till ett vårdlidande. Kränkning av värdighet kan också uppstå genom att tala nonchalant till patienter. I resultatet framgår det att patienter mötte kommentarer som att de hittade på eller ville ha droger och patienterna kände sig övergivna. Detta kan kopplas till Erikssons teori om hur vårdlidandet uppstår. Författarna ser problematiken i att vårdpersonalen inte kan sätta sig in i patienten situation och att det inte alltid är lätt att begripa andra människor. Om vårdpersonalen ser sina egna förutfattade meningar och personliga erfarenheter kan det bli lättare att kunna sätta sig in i de känslor som patienterna upplever. På detta vis kan vårdpersonalen komma närmare patientens livsvärld med känslor och tankar.

Enligt resultatet upplevde patienterna att vårdpersonalen separerade de psykiska delarna från de fysiska. Författarna anser att det är viktigt att förstå att människan är mer än bara en del men samtidigt kunna förstå att det även går att skilja dessa åt. Om synen på människan som en enhet appliceras i fler vårdsammanhang, kommer vårdlidandet eventuellt inte ha lika stort utrymme (Eriksson, 1994). Det som krävs för att detta ska fungera är att vårdpersonalen vågar tänka om och anta de utmaningar som medförs. Enligt författarna handlar det om att

ifrågasätta rutiner och låta den nya kunskapen ta plats i den verklighetsbild som vården har idag. Genom att ifrågasätta till exempel avdelningens rutiner kan vårdlidande hos patienter minska. I stället för att följa rutiner kan vårdpersonalen anpassa sig efter den unika människan och på så vis kunna lindra det individuella lidandet. Detta ska inte innebära att patienterna får en orättvis vård utan genom bekräftelse av personens värdighet våga vara olika inför patienterna enligt Eriksson (1994).

I Hasselt, Oud och Loonen (2013) studie önskade patienterna ett samarbete mellan vårdpersonal inom psykiatri och den somatiska vården för att höja kvaliteten på vården. Patienterna upplevde att när de blev vårdade för fysiska besvär blev den psykiska sjukdomen ignorerad. Detta ansåg patienterna kunna vara en fara för deras hälsa och välmående. Detta samarbete mellan vårdpersonal inom psykiatrisk och somatisk vård kan leda till att Erikssons teori om att människan är en enhet blir lättare att eftersträva enligt författarna. Detta kan göras genom att olika kompetenser samverkar vilket kan leda till att patientens negativa känslor om sin psykiska sjukdom minskar och patienter kan uppleva en känsla av välbefinnande.

Resultatet visade även att patienter upplevde att en separation mellan det fysiska respektive det psykiska delarna var någonting positivt medan andra ansåg att det var viktigt att båda delarna fick ta plats. Dessa patienters åsikter går emot Erikssons teori (1994) om att människan är en enhet som är odelbar. Författarna anser att genom att lyssna och vara följsam till patientens önskemål och behov kan det underlätta för vårdpersonalen att anpassa vårdandet. Enligt författarna ligger det ett ansvar på patienten om en uppdelning mellan det fysiska och det psykiska ska ske. Vårdpersonalen får sträva efter att jobba utifrån det patienten anser är lämpligast. Patienterna i Nash (2014) studie upplevde att de aldrig har haft ansvar över uppdelningen av det fysiska och det psykiska och att vårdpersonalen bara fokuserat på det ena eller det andra. Författarna anser att det kan skapas en personcentrerad vård om valet av uppdelning mellan det fysiska och det psykiska ligger på patienten.

Resultatet visade att patienter upplevde att deras somatiska besvär blivit negligerade av vårdpersonal på grund av deras psykiska sjukdomar. Patienterna valde därför att inte berätta om sitt psykiska sjukdomstillstånd för att få den vård de behövde. När patientens lidande inte blir bekräftat finns en risk att patienten ger upp och aldrig kommer att kunna försonas och lindra sitt lidande (Eriksson, 1994). Att patienten ger upp sitt lidande kan leda till att patienten förlorar mot lidandet och i värsta fall leder det till döden. Det kan även leda till att patientens lidande tar en ny form längre fram i tiden. Varje människa har en önskan och behov att dramatisera sitt livs lidande och den kan därför uppkomma igen om den inte blir bekräftad första gången. Patienterna i Eriksen et al. (2012) studie valde till slut att ge upp när de inte

blev bekräftade av vårdpersonal. De valde att inte söka vård igen eller att berätta om sina psykiska sjukdomar för vårdpersonalen. Detta gjorde att patienterna kände sig ensamma och övergivna i kampen om sin hälsa. I Nash (2014) studie upplevde patienterna att deras fysiska symtom blev negligerade för att vårdpersonalen trodde att de var påhittade. Patienterna upplevde att de möttes av kommentarer som att symtomen bara var i deras huvud och tog inte deras lidande på allvar. Detta ledde till att patienterna inte behandlades alls.

Enligt författarna kan det bli svårare för vårdpersonalen att kunna lindra lidande om patienter väljer att inte berätta om sina psykiska sjukdomar eller symtom. När patienter väljer att undanhålla information om sina psykiska sjukdomar är det svårt för vårdpersonalen att kunna bedöma vilka behov patienten har. Det gör att vårdandet kan bli en negativ upplevelse både från patientens håll men även att vårdpersonalen kan känna sig otillräckliga. Det blir svårt för vårdpersonalen att känna medlidande när lidandet inte uttrycks och döljs av patienterna. Det blir även svårt för vårdpersonalen att kunna se patienten på det viset som patienter vill bli bemötta när information undanhålls. Det gör det svårt för vårdpersonalen att se den unika människan med sina behov och förutsättningar. Detta kan förstås som Erikssons (1994) beskrivning av vårdlidande där vårdpersonal inte kan bedöma patientens behov. Författarna anser att vårdpersonalens uppgift därför blir att gå på djupet i samtalet med patienter och försöka få fram hur personer uppfattar sin situation.

I resultatet upplevde flera patienter dömande attityder från vårdpersonalen. När det kommer till patienter med psykiska sjukdomar är det flera av dem som upplever att de får sämre vård än andra. I bakgrunden förklaras den etiska koden som en sjuksköterska har och den säger bland annat att alla ska vårdas på lika villkor. Det menas att varken diagnos eller andra aspekter ska spela någon roll utan vården ska vara jämlik. Den etiska koden om vård på lika villkor eftersträvades till exempel inte när patienter i resultatet fick vänta på vårdpersonal från psykiatri även om de sökte vård för somatiska symtom. Trovärdigheten upplevdes vara mindre hos patienter med psykiska sjukdomar än andra enligt resultatet. I resultatet ansåg patienterna att deras trovärdighet blev ifrågasatt genom att symtomen var påhittade. Enligt författarna är det tydligt att patienterna inte får vård på lika villkor och att de negativa attityderna från vårdpersonalen försämrade upplevelsen av vården och ökade lidandet hos patienterna. En anledning till att vården inte ser likadan ut för alla kan bero på att de inte passar in i uppfattningen om den ideala patienten på grund av bland annat det avvikande beteendet som psykiska sjukdomar kan medföra (Eriksson, 1994). Nash (2014) studie bekräftar resultatet då patienterna i den studien upplevde dömande attityder av vårdpersonal.

Patienterna upplevde att vårdpersonal dömde deras fysiska besvär som en konsekvens av deras psykiska sjukdomstillstånd.

I resultatet framkom det att patienterna upplevde att vårdpersonal stämplade dem som mindre smarta och att de blev tilltalade som att de var barn. Dessa upplevelser kan bekräfta begreppet om den ideala patienten eftersom att vårdpersonalen inte tilltalade patienterna som de gjorde med andra patienter. Enligt Eriksson (1994) kan detta ses som ett straff mot patienten och de drabbas genom att de inte erhålla tillräcklig vård eller ingen vård alls. Patienter i Eriksen et al. (2012) studie upplevde de att inte kände sig som vanliga människor. De upplevde att faktorer som bland annat svårigheter att koncentrera sig, bekymrande tankar, rösthallucinationer och rastlöshet gjorde att de inte såg sig som vanliga människor. De upplevde att normala människor hade bland annat ett jobb, var bra på någonting och hade en familj. Det blir extra viktigt för vårdpersonalen att fokusera på den unika människan enligt författarna. Det blir viktigt för att patienterna har en negativ bild av sig själv och detta kan påverka lidandet. Författarna anser att vårdpersonalen ska se bortom det avvikande beteende som patienter med psykiska sjukdomar kan ha och kunna ge vård efter just den här personens unika behov.

Resultatet visade att patienter upplevde maktlöshet i vårdsituationer för att de inte hade kontroll över sin vård. Känslan av maktlöshet förekom när patienterna i resultatet inte visste vad som hände med deras kropp. Detta kan förstås som negativ maktutövning i vården där patienten är i ett underläge och vårdpersonalen har all makt enligt Eriksson (1994). Enligt Eriksson ska patienterna alltid ha en frihet att kunna välja själva i vården och det vårdpersonalen ska göra är att ge alternativ och rekommendationer som är anpassade till patienten. Resultatet visade att det förekom att patienterna inte kände att de hade en fri vilja och att de inte fick uttrycka sig som de ville. Maktutövningen kunde förekomma när vårdpersonalen utförde omvårdnad utan att berätta eller utan att få ett godkännande från patienten. Det skedde även en maktutövning när patienternas symtom inte blev tagna på allvar. Dessa situationer fick patienterna att känna sig maktlösa över sin kropp och att de inte hade någon kontroll. Författarna anser att makten ska delas mellan patienten och vårdpersonalen och inte vara ensidig. Vårdpersonalen bär på en kompetens som patienterna saknar men patienten känner och har en bättre kunskap om sig själva. Återigen blir det samspelet mellan vårdpersonalen och patienterna som kan skapa en balans mellan maktfördelningen.

10. Kliniska implikationer

Litteraturöversiktens resultat visade att patienter med psykisk sjukdom upplevde att det fanns dömande attityder hos vårdpersonal gentemot patienter med psykiska sjukdomar. Patienterna upplevde att det inte fick lika vård som andra patienter utan psykiska sjukdomar. Detta förstärkte känslor som att bli dömd och inte bli trodd och inte heller att få vara delaktig i sin vård. Att ha en förståelse som vårdpersonal att vården inte sker på lika villkor för alla, gör det möjligt att börja förändra de negativa attityder som finns. Det är viktigt att vårdpersonal är medveten om sin förförståelse för att den inte ska påverka mötet med patienter. Det framkom även i resultatet att patienter upplevde att det fanns en bristande kunskap hos vårdpersonal angående psykiska sjukdomar. Om vårdpersonal erhåller mer kunskap om psykiska sjukdomar kan vård på lika villkor bli lättare att eftersträva. Med ökad kunskap kan det bli lättare att förstå patientens situation och behov. Ökad kunskap om psykiska sjukdomar önskades även från patienterna i studierna. Litteraturöversikten visade att vårdpersonal med ett öppet förhållningssätt hade en betydelse i mötet med patienter. När vårdpersonal förmedlade respekt, empati och lyhördhet upplevdes vård mötet som något positivt där patienten kände sig sedd.

11. Förslag till fortsatt forskning

Författarna anser att det finns mycket kvar att forska kring psykiskt sjuka patienter inom den somatiska vården. Vid litteratursökningen fann författarna att majoriteten av studier behandlade vårdpersonalens perspektiv och inte patienters. Författarna fann även att tidigare forskning om patient upplevelser handlade mer om den psykiatriska vården. Författarna anser att det skulle vara intressant att framtida forskning fokuserade på psykiskt sjuka patienters upplevelser inom somatisk vård. Detta för att kunna få en större förståelse inom den somatiska sjukvården om denna patientgrupp. Med hjälp av den forskningen kan patientens upplevelser och åsikter förbättra den negativa synen som finns inom vården om patienter med psykiska sjukdomar.

12. Slutsats

Litteraturöversikten visar att patienter med psykiska sjukdomar hade erfarenheter av både negativa och positiva upplevelser inom den somatiska vården. De negativa upplevelserna handlade om känslor som skam, maktlöshet samt att bli dömd på grund av den psykiska sjukdomen. Känslorna gjorde att patienterna kände sig mindre värda och att de inte blev tagna

på allvar. Patienterna upplevde även att de blev bemötta med en dålig attityd från vårdpersonalen och att detta bland annat påverkade patienterna att söka vård när de behövde hjälp. Patienter önskade att vårdpersonal skulle ha mer kunskap om psykiska sjukdomar för att det skulle underlätta för båda parter. Patienterna upplevde även att om vårdpersonalen kunde förstå patienten skulle sjukvården fungera bättre. De önskade att vårdpersonal skulle visa acceptans och ömhet mot dem i vårdsituationer. Positiva upplevelser handlade om att vårdpersonalen tog sig tid och såg till hela patienten samt visade respekt. Patienterna önskade att vårdpersonal tog dem på allvar oavsett om det gällde psykiska eller fysiska besvär.

Referensförteckning

*artiklar som använts i resultatet

- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes toward people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian journal of caring science*, 22(2), 170–177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x.
- *Birch, S., Lavender, T., & Cupitt, C. (2005). The physical healthcare experiences of women with mental health problems: Status versus stigma. *Journal of Mental Health*, 14(1), 61–72. doi: 10.1080/09638230500048032
- Bresee, L. C., Majumdar, S. R., Patten, S., Johnson, J. A. (2012). Utilization of general and specialized cardiac care by people with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 63(3), 237–242. doi: 10.1176/appi.ps.201000363.
- *Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 16(2), 126–131. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x
- Corell, C., Kane, J., & Manu, P. (2010). Obesity and coronary risk in patients treated with second-generation antipsychotics. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 261(6), 417–423. doi: 10.1007/s00406-010-0177-z
- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. s. 23-35. Lund: Studentlitteratur.
- De Hert, M., Correll, C., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I... Leucht, S., (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52–77. Hämtad från databasen pubmed.
- Eriksen, K.-Å., Sundfor, B., Karlsson, B., Råholm, B.-M., & Arman, M. (2012). Recognition as a valued human being: Perspectives of mental health service users. *Nursing Ethics*, 19 (3), 357–368. doi: 10.1177/0969733011423293
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Foldemo, A. (2014). *Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer*. I I, Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. s. 369–381. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.133–143). Lund: Studentlitteratur.
- Glant, H. (2013). *Ny i psykiatrin: våra vanligaste psykiska sjukdomar, bemötande, behandling, anhörigperspektiv*. Stockholm: Gothia.

- *González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(1), 14–23. doi:10.1007/s00127-006-0126-3
- *Griswold, K., Zayas, L., Pastore, P., Smith, S., Wagner, C., & Servoss, T. (2008). Primary care after psychiatric crises: a qualitative analysis. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*, *6*(1), 38-43. doi:10.1370/afm.760.
- Hasselt, M. F., Oud, M-JT., & Loonen, J. M. (2013). Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. *BMC Health Services Research*, *13*(426), 1-7. doi:10.1186/1472-6963-13-426
- ICN, International Councils of Nurses. (2014). Code of Ethics for Nurses. Hämtad 30 oktober, från svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patient´s opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal Caring Science*, *17*, 339–346. Hämtad från CINAHL Complete.
- *Kaufman, E. A., McDonell, M. G., Cristofalo, M. A., & Ries, R. K. (2012). Exploring Barriers to Primary Care For Patients with Severe Mental Illness: Frontline Patient and Provider Accounts. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(3), 172–180. doi: 10.3109/01612840.2011.638415
- *Lester, H., Tait, L., England, E., & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice*, *56*(527), 415–422. Hämtad från databasen PubMed.
- Levander, S., Adler, H., Gefvert, O., & Tuninger, E. (2008). *Psykiatri: en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Manu, P., Dima L., Shulman, M., Vancampfort, D., De Hert, M., & Correll, C. U. (2015). Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*, *132* (2), 97–108. doi: 10.1111/acps.12445
- *McCabe, M. P., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health & Medicine*, *13*(3), 303–312. doi: 10.1080/13548500701473952
- Milbourne, B., McNamara, B., & Buchanan, A. (2015). The lived experience of everyday activity for individuals with severe mental illness. *Health Sociology Review*, *24*(3), 270-282. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14461242.2015.1034747>
- *Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*,

50(8). 754–762. doi: 10.1177/0004867416655605

- Nash, M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by Mental Health Nurses: an exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 715-723. doi: 10.1111/jpm.12140
- *O'Driscoll, W., Livingston, G., Lanceley, A., Nic a Bháird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I... Raine, R. (2014). Patient experience of MDT care and decision-making. *MENTAL HEALTH REVIEW JOURNAL*, 19(4), 265-278. doi: 10.1108/MHRJ-07-2014-0024
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2010). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber
- Oud, M., Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Family Practice*, 10(32), 1–9. doi:10.1186/1471-2296-10-32
- Pramyothin, P., & Khaodhiar, L. (2015). Type 2 Diabetes in Children and Adolescents on Atypical Antipsychotics. *Springer Science & Business Media*, 15 (8), 1–8. doi: 10.1007/s11892-015-0623-4
- Rise, M. B., Evensen, G. H., Moljord, I E. O., Ro, M., Bjorgen, D., & Eriksen, L. (2014). How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life - a qualitative study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual?. *BMC Health Services Research*, 15(14), 347–357. doi: 10.1186/1472-6963-14-347
- *Roberge, P., Hudon, C., Beaulieu, M. C., Benoit, A., Brouillet, H., Boulianne, I., ... Vanasse, A. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–14. doi: 10.1186/s12875-016-0531-y
- *Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J D., Oliver, J... Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(135), 1–13. doi:10.1186/s12875-015-0353-3
- Sandman, L & Kjellström, S. (2013). *Etikboken- etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- *Schroder, R. (2012). The seriously mentally older adult: perceptions of the patient-provider relationship. *Perspective in Psychiatric Care*, 49, 30–40. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00338.x
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

- Sharrock, J., & Happell, B. (2006). Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian Journal of Advanced nursing* 24(2), 9-15. Hämtad från CINAHL Complete.
- Simon, G., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, RC. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 824–830. doi:10.1001/archpsyc.63.7.824
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg, & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s.711–746). Lund: studentlitteratur.
- Socialstyrelsen, (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Hämtad 26 september, 2016. från Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Socialstyrelsen, (2013) Psykisk ohälsa bland unga Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Hämtad 26 september, 2016, från socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>
- Socialstyrelsen, (2013) Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni Indikatorer och underlag för bedömningar. Hämtad 18 november, 2016. Från Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
- Swildens, W., Termorschuizen, F., De Ridder, A., Smeets, H., & Engelhard, I. M. (2015). Somatic Care with a Psychotic Disorder. Lower Somatic Health Care Utilization of Patients with a Psychotic Disorder Compared to Other Patient Groups and to Controls Without a Psychiatric Diagnosis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 650–662. doi: 10.1007/s10488-015-0679-0
- World Health Organization. (2016). Mental disorders. Hämtad 27 september, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- *Ye, J., Chen, T., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6), 532–541. doi: 10.1177/0020764016651459

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	mental health, primary healthcare, patients attitudes, barriers	70	English language, 2005–2016, full text, peer review	34	8	Griswold McCabe Ross Kaufmann
CINAHL Complete	mental illness, patient perspective, health professionals	179	English language, 2005–2016, full text, peer review	25	4	Morgan Clarke
CINAHL Complete	mental illness, physical care, patients experience	89	English language, 2005–2016, full text, peer review	14	4	O'Driscoll
CINAHL Complete	mental health, physical illness, healthcare experience	17	English language, 2005–2016, full text, peer review	2	2	Birch
CINAHL Complete	mental illness, primary care, patients perspective	40	English language, 2005–2016, full text, peer review	33	5	Roberge Lester
Cinahl	severe mental illness, treatment, experienced	44	English language, 2005–2016, full text, peer review	5	1	Ye
PubMed	mental disorders, communication, nurse-patient relation	70	English language, humans, 2005–2016, full text, review	28	4	Schroeder
PubMed	Manuellsökning utifrån Ye et al., (2016)					Gonzalez-Torres

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Birch, S., Lavender, T., & Cupitt, C.	The physical healthcare experience of women with mental health problems: status versus stigma	2005, UK, Journal of Mental Health.	Att undersöka behovet av fysisk vård hos kvinnor med psykiska problem.	Design: Kvalitativ studie Urval: 6 kvinnor med psykiska sjukdomar. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: IPA med kodning och tema analys.	- Kvinnorna kände att de hade kontroll över den behandlingen de fick och att de fick vara delaktiga i processen. De erfarenheter de hade av somatiska vården var att de hade fått hjälp med behandling. - De ansåg att människor hade mer sympati till de fysiska besvären de upplevde än den psykiska diagnosen de hade. - Kvinnorna kände sig stigmatiserade och upplevde känslor som maktlöshet, skam på grund av diagnosen.
Clarke, D., Dusome, D., & Hughes, L.	Emergency department from the mental health client's perspective	2007, Australien, International Journal of Mental Health Nursing	Att undersöka om klienter med psykiska sjukdomar och deras familjer är nöjda med regional akuttvård.	Design: Kvalitativ studie Urval: 27 personer med psykisk sjukdom som söker vård, 7 familjemedlemmar och 5 övriga deltagare. Datainsamling: 8 fokusgrupper. Analys: Temaanalys.	- Deltagarna upplevde långa väntetider på akutmottagningen (8–10 timmar). De kände sig övergivna och att de inte var värda att få hjälp. - De kände sig bortprioriterade och skam/skuld för den psykiska diagnosen de hade. - De kände sig stämplade för sin diagnos och att vårdpersonalen bara såg diagnosen och inte de fysiska besvär de sökt hjälp för. - De ansåg att det var farligt att separera det fysiska och det psykiska.
González-Torres, M., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J.	Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members	2007, Spanien, Soc Psychiatr Epidemiol	Att undersöka hur personer med schizofreni och deras familjer upplever stigma och diskriminering.	Design: Kvalitativ studie Urval: 18 med schizofreni och 26 familjemedlemmar. Datainsamling: Fokusgrupper med 6–12 personer i varje grupp. Analys: Kodning.	- Folk runt om kring kunde inte förstå personerna med psykisk sjukdom. Att folk tror att de är farliga och psykopater, blir rädda för dem. - Familjemedlemmar blev överbeskyddande. - I vården kände de sig behandlade annorlunda till skillnad från andra patienter och att personalen inte trodde att de symtomen de uttryckte var riktiga. De önskade tillit och närhet i vårdrelationer. De kände sig socialt isolerade från andra.
Griswold, S.,	Primary care after	2008, USA, Annals of	Att förstå patienters	Design: Kvalitativ studie	- De flesta av patienterna rapporterade

Zayas, L., Pastore, P., Smith, S., Wagner, C., & Servoss, T	psychiatric crisis: a qualitative analysis	Family Medicine	upplevelser av vården och vårdpersonalen efter en psykiatrisk kris.	Urval: 175 patienter som söker vård inom psykiatri. Datainsamling: Mixad metod, semi strukturerade intervjuer Analys: Kvalitativ data analyserades med hjälp av NVivo och kvantitativ I ANOVA.	negativa erfarenheter från somatisk och psykiatrisk vård. - De valde att sluta gå på grund av dåliga erfarenheter från sjukvården. Dålig kommunikation mellan vårdare och patient på grund av brist på kunskap.
Kaufman, E. A., McDonell, M., Cristofalo, M., & Ries, R.	Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: frontline patient and provider accounts	2012, USA, Issues in Mental Health Nursing	Att belysa barriärer inom primärvården för patienter med psykiska sjukdomar och att hitta lösningar till dessa barriärer.	Design: Kvalitativ studie Urval: 10 patienter med psykisk sjukdom, 10 personal inom psykiatri och 10 personal inom medicin. Datainsamling: semi strukturerade intervjuer. Analys: Tema kodning med hjälp av ATLAS.it.	- Tillgång till vården berodde på faktorer som försäkringar och kostnader. - Patienterna hade svårt att sitta i väntrum på grund av de symptomen av SMI (social fobi, paranoia). - Patienterna upplevde att vårdpersonalen såg ner på dem och hade en dömande attityd. Det var brist på respekt, tillit samt lyhördhet i mötena. - Kommunikationen fungerade inte mellan vårdare och patient på grund av språkbarriärer och att det var svårt att uttrycka sig med de symptom som SMI tillförde. De flesta var nöjda med vården överlag.
Lester, H., Tait, I., England, E., & Tritter, J.	Patient involvement in primary care mental health: a focus group study	2006, England, British Journal of General Practice	Att beskriva synen på patientens delaktighet inom primärvården från patienter med psykisk sjukdom och vårdpersonalens perspektiv.	Design: Kvalitativ studie Urval: 45 patienter med psykisk sjukdom, 8 sjuksköterskor och 39 läkare. Datainsamling: 18 fokus grupper. Analys: Kodning och tema analys med hjälp av NVivo.	- När man lever med psykisk sjukdom blir man isolerad från resten av samhället och det är bara andra med psykisk sjukdom som riktigt kan förstå vad personen går igenom anser patienterna. - Patienterna ansåg att det var brist på information om alternativa behandlingar och patienterna var rädda för att säga emot. Patienterna kände sig inte involverade i vården och de kände att de slösade personalens tid. De kände även att de uppfattades som hypokondrier. - Patienterna ansåg att det borde vara någon med psykisk sjukdom som jobbar inom vården för att kunna förstå just den här patientgruppen bättre och det skulle optimera

					vården.
Mccabe, M., & Leas, L.	A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness	2008, Australien, Psychology, Health & Medicine	Att undersöka patienters upplevelser av tillgång till vården och hur bra den är. Även att identifiera barriärer inom vården för den här patientgruppen.	Design: Kvalitativ studie Urval: 36 deltagare varav 20 med psykisk sjukdom och 16 vårdgivare. Datainsamling: kvalitativ struktur, semi strukturerade intervjuer. Analys: Kodning och temaanalys.	- Många med psykisk sjukdom var rädda för att ha samtal ensam med vårdpersonal. De kände att de hade svårt att förklara sina symtom och hade svårt att organisera och planera under en krissituation. - De kände att de inte blev tagna på allvar, vilket gjorde dem upprörda. I mötet var vårdpersonalen opersonlig och affärsmässig. De hade en önska om att bli tagna på allvar och att personalen verkligen lyssnar på dem.
Morgan, A., Reavley, N., Jorm, A., & Beatson, R.	Experience of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems.	2016, Australien, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry	Att undersöka äldres upplevelser av diskriminering och positiva erfarenheter inom vården när de samtidigt har psykiska problem.	Design: Kvantitativ studie Urval: 1381 personer med psykiska problem. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Kodning med hjälp av Intercooled stata 13.	Upplevelser av diskriminering: - Vårdpersonalen är skeptisk till att diagnosen var riktig eller behövde behandling- - De blev dömda på grund av den psykiska diagnosen. - Vårdpersonalen lyssnar inte, speciellt när det kom till problemet och behandlingen. Stöttade inte och visade inte omsorg. - Kunde inte förstå situationen som patienterna var i och saknade kunskap om diagnosen. - Ignorerade fysiska besvär och fokuserade endast på det psykiska. - Gav läkemedel utan att förklara vad det skulle tas för. Detta ledde till att patienterna valde att inte ta läkemedlet, för att de inte visste varför de skulle ta den. Positiva erfarenheter var när personalen var förstående, lyssnade och undersökte dem noggrant.
O'Driscoll, W., Livingston, G., Lanceley, A., a'Bháird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Manoharan, M., & Raine, R.	Patient experience of MDT care and decision-making	2014, UK, Mental Health Review Journal	Att undersöka patienters upplevelser inom somatisk och psykiatrisk vård och besluten som fattats av arbetsgruppen MDT.	Design: Kvalitativ studie Urval: 20 patienter, där 7 hade psykiska problem och 13 som hade fysiska problem. Datainsamling: Semi strukturerade intervjuer. Analys: Kodning med hjälp av NVivo7.	- Besvikna på besluten som fattats. Patienterna var skeptiska till besluteten som togs av MDT samt ansåg att de inte riktigt fått en diagnos. Känner sig missförstådda och stigmatiserade. - Känslor som frustration, ilska, rädsla och brist på behandlingsalternativ framkommer i patienternas upplevelser.

Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu., Benoit, A., Brouillet, H., Boulianne, I., pauw, A., Frigon, S., Gaboury, I., Gaudreault, M., Girard, A., Giroux, M., Grégoire, É., Langlois, L., Lemieux, M., Loignon, C., & Vanasse, A.	A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients	2016, Canada, BMC Family Practice	Att undersöka patienters och vårdpersonalens perspektiv om behoven och barriärer för patienter med kronisk sjukdom och psykisk sjukdom inom primärvården.	Design: Kvalitativ studie Urval: 18 sjuksköterskor, psykologer, familjeläkare, socialarbetare. 10 patienter från primärvården i Kanada med kronisk sjukdom och psykisk sjukdom. Datainsamling: Enkäter och semi strukturerade intervjuer. Analys: Intervjuerna spelades in och analyserades och kodades med en mixad metod med hjälp av NVivo och Cyclical process.	- Resultat var spritt mellan patienter som önskade ett holistiskt synsätt till människan och patienter som önskade dela på den fysiska och mentala hälsan. - I några fall valde patienten att inte berätta om sina symtom då de kände sig stigmatiserade av vårdpersonal för deras psykiska diagnos.
Ross, L., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J-M., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R.	Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study	2015, USA, BMC Family Practice	Att identifiera faktorerna bakom otillräcklig tillgång till primärvård för patienter med psykisk sjukdom.	Design: Kvalitativ studie Urval: 85 vuxna med psykiska sjukdomar och/eller missbruk samt 17 vårdare. Datainsamling: Grounded theory med kvalitativ struktur, semi strukturerade intervjuer. Analys: Kodning med hjälp av NVivo	Barriärer: <i>Socioekonomiska:</i> liten inkomst, ostabilt hemma och ingen transport. <i>Erfarenheter och biverkningar:</i> Att sitta i ett väntrum med mycket ångest eller en psykos gjorde det jobbigare för de med psykisk sjukdom. <i>Kunskap:</i> Upplevde att vårdpersonalen i primärvården inte hade tillräckligt med kunskap om deras diagnos. <i>Attityder:</i> stigmatisering av patienterna med en dömande ton. <i>Tid:</i> Det var svårt att boka och hålla tider med vårdpersonal. Väl på mötet upplever patienterna att personalen är stressade och skyndar sig igenom besöket.
Schroeder, R.	The seriously mentally older adult: perceptions of the patient-provider relationship	2012, USA, Psychiatric Care	Att ge en röst till äldre människor som lever med en psykisk sjukdom och hur de ser på relationer med vårdpersonal.	Design: Kvalitativ studie Urval: 8 medlemmar från <i>mental health clubhouse</i> . Datainsamling: fenomenologisk design med intervjuer. Analys: Temaanalys.	- Deltagarna önskade omsorg, uppmuntran, tillhörighet och att bli sett som en vanlig person. Vill ha en ärlig diskussion med personalen, där de visar att de bryr sig om patienterna. - Upplever att de inte blir trodda i vården och känner att de inte kan lita på vårdarna.
Ye, J., Chen, T.,	Stigma and	2016, Australien,	Att undersöka hur personer	Design: Kvalitativ studie	- Upplevde orättvis behandling och

Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C.	discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings	International Journal of Social Psychiatry	med psykisk sjukdom upplever stigma och diskriminering i kommunala vårdsammanhang.	Urval: 50 personer med psykisk sjukdom. Datainsamling: Frågeformulär och intervjuer. Analys: Temaanalys med hjälp av SPSS.	diskriminering (80%). De upplevde att de inte blev respekterande. - De valde i några fall att inte berätta om diagnosen de hade för andra. Om det berättade om diagnosen ansåg de att andra skulle bli negativt påverkade av den och de skulle bli behandlade annorlunda. - De upplevde även positiv stigmatisering.
---	--	---	---	--	---